

Nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy u dospelých a detí v DSM-5 a niektoré aktuálne klinické poznatky

Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.^{1,2,3}, prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, PhD.¹

¹Institut sociálneho zdravia (OUSHI) Univerzity Palackého v Olomouci, ČR

²Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

³Vysoká škola sv. Alžbety, Bratislava

Posttraumatická stresová porucha bola v DSM-5 zaradená do novej kapitoly. Samostatne je diagnóza vymedzená pre dospelých a pre deti 6-ročné a mladšie. Oproti DSM-IV bolo vyradené kritérium afektívnej reakcie na trauma, nerozlišuje sa akútna a chronická forma, zaviedla sa špecifikácia s alebo bez disociatívnych symptómov. Diskutujú sa niektoré epidemiologické, klinické a terapeutické aspekty.

Kľúčové slová: trauma, posttraumatická stresová porucha, DSM-5, diagnóza, terapia.

New definition of posttraumatic stress disorder by adults and children in DSM-5 and some current clinical findings

Posttraumatic stress disorder (PTSD) was included in a new chapter in DSM-5. This diagnosis is defined separately for adults and for children of 6 years of age and younger. Compared to DSM-IV, the criterion of affective reaction to trauma was excluded, there is no distinction between its acute and chronic form, an a specification was introduced with or without dissociative symptoms. Some epidemiological, clinical and therapeutic aspects are discussed.

Key words: trauma, posttraumatic stress disorder, DSM-5, diagnosis, therapy, psychotherapy.

Psychiatr. prax; 2015; 16(3): 95–99

Úvod

V článku sa zameriame na nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy (ďalej PTSP) u dospelých a u detí v DSM-5. Zmienime sa o niektorých epidemiologických a klinických aspektoch psychickou traumou podmienených alebo spolupodmienených porúch a o výsledkoch vybraných prakticky relevantných terapeutických štúdií.

Uverejnenie DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) Americkou psychiatrickou asociáciou v máji 2013 (1) vyvolalo živé reakcie v odbornej komunite v SR (napr. 2, 3, 4, 5, 6).

Z historického hľadiska môžeme za určitý medzník v psychiatrických klasifikáciách považovať publikovanie DSM-III, teda tretej revízie Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch Americkou psychiatrickou asociáciou v roku 1980. Pri jeho charakterizovaní (4, 6) sa dá konštatovať príklon k ateoretickosti, opieraniu sa o výsledky výskumov, opustili sa tradované nozologické modely, uplatňuje sa deskriptívny prístup, operacionalizácia kritérií, kategoriálnosť, viacosovosť. V porovnaní s predchádzajúcimi diagnostickými systémami stúpla reliabilita. Tieto princípy v prístupe ku klasifikácii zostali v platnosti aj pri snahách o jej vylepšenie v DSM-5. Zjednodušila sa ale viacosovosť: napr. poruchy osobnosti sa uvádzajú v hlavnej osi.

Vymedzenie diagnostikovej kategórie posttraumatickej stresovej poruchy a význam pre klinickú prax

Ako sme sa zmienili, v DSM-III sa objavila diagnostická kategória posttraumatickej stresovej poruchy. Klinici samozrejme už desaťročia predtým opisovali takéto klinické obrazy, ich priebehy a odpovede na liečbu. DSM-IV publikovaný v r. 1994 a neskôr revidovaný ako DSM-IV-TR (7) diagnózu PTSP precizoval a veľmi podobne ju vymedzuje aj ICD-10 (8, 9), do značnej miery kopírujúc kritériá v DSM-III a vtedy pripravovaného DSM-IV.

Pre klinickú prax je významný poznatok, že po psychických traumách sa môže objaviť nielen akútna stresová porucha (v prvom mesiaci) a neskôr posttraumatická stresová porucha, ale aj iné klinické obrazy podmienené či spolupodmienené traumou a jej spracovávaním: adaptačné poruchy, úzkostné, depresívne, somatizačné, disociatívne poruchy, poruchy užívania látok, vyústenia do zmeny osobnosti (napr. 10).

Výskyt klinického obrazu PTSP závisí od typu traumy. Tak napr. sa pri zohľadnení rôznych štúdií (8) uvádza prevalencia PTSP približne v 50 % u znásilnených, v 25 % pri inom násilí spôsobenom druhým človekom, v 50 % u obetí vojen, etnických čistiek a mučenia, v 10 % u obetí dopravných nehôd, v 10 % pri ťažkých orgá-

nových ochoreniach (napr. infarkt myokardu, malignómy).

Celoživotná prevalencia PTSP sa podľa výskumov v rôznych krajinách sveta pohybuje medzi 1 – 7 %. Výskyt PTSP v populáciách je častejší u žien, než u mužov (10).

Flatten et al. (10) uvádzajú, že prevalencia *subsyndromálnych* klinických obrazov je podstatne vyššia a je tu výrazná tendencia ku chronickejšiemu priebehu.

Výsledky nášho výskumu výskytu traumy a PTSP u 577 po sebe hospitalizovaných psychiatrických pacientov v priebehu 6-mesačného obdobia tiež svedčia o tom, že psychotraumatológia má nárok na významné miesto v psychiatrii (11).

Naše zistenia sú porovnateľné s výskumom na jednej nemeckej psychiatricko-psychotherapeutickej klinike. Psychickú traumatizáciu ako príčinu psychickej poruchy konštatovali členovia odborného tímu u 31,5 % pacientov. Platilo to pre všetkých pacientov so symptomatikou PTSP, pre 12 % s afektívnymi poruchami, 26 % s úzkostnými poruchami a 19 % s poruchami osobnosti. Takto klinicky hodnotení pacienti uvádzali v dotazníkoch až 6 a viac traumatizujúcich udalostí (12).

Až šokujúce nálezy o častosti výskytu nepriaznivých skúseností v detstve a súvislostiach s chorobnosťou v dospelosti (aj vplyvom nezdra-

vého životného štýlu) získal v rozsiahlom retrospektívnom výskume Felitti so svojim tímom (13). Hlavné nálezy Felittiho tímu uvádzame v prehľadovej práci (14).

Pre psychiatriu, výskum a terapiu sú tiež veľkou výzvou indicie svedčiace o tom, že psychotraumatizácia v detstve môže ovplyvňovať manifestáciu (skorší začiatok ochorenia), priebeh a symptomatiku aj bipolárnej afektívnej poruchy, vrátane suicidality a fungovania v intervaloch (15). Podobne pri schizofrenických ochoreniach zistil už Manfred Bleuler (16) vo svojej longitudinálnej štúdií, že broken home v detstve má nepriaznivý vplyv na kliniku ochorenia a navyše, že aj „príšerné“ zážitky v samotnej psychóze môžu byť veľmi zaťažujúce. Zdá sa byť oprávnené, aby sme zostali otvorení pre hypotézu, že psychická traumatizácia sa môže uplatňovať v genéze, môže mať tiež významný patoplastický vplyv na utváranie symptomatiky a zážitok psychózy môže tiež predstavovať udalosť na úrovni psychickej traumy (17). Aktuálny stručný prehľad niektorých psychotraumatologických aspektov schizofrenie a špeciálne komorbídneho výskytu posttraumatickej symptomatiky poskytuje napr. Schafer et al. (18). Vo svojom súbore chorých na schizofreniu zistili v 39 % anamnézu násilia v detstve (išlo o telesné alebo sexuálne násilie, vymedzenie bolo úzke, hrozba násilím nestačila), ak sa započítal aj dospelý vek, bolo to 48 %. Výskyt takýchto zážitkov násilia bol u ich vzorky hospitalizovaných schizofrenikov 3 – 4-krát vyšší a výskyt PTSP bol 5 – 8-krát častejší než v prevalenčných štúdiách u bežného nemeckého obyvateľstva. Uvádzajú tiež udaj získaný zo štúdia literatúry od viacerých autorov, že včasné traumatizácie u psychiatrických pacientov sú častejšie pri ťažších manifestáciách, pri suicidálnych konaniach a pri nedobrovoľných liečbach.

Pozoruhodné je, že mnohí ľudia dokážu spracovať ťažkú traumu aj bez PTSP alebo iných hore zmienených porúch (napr. 8), ba dokonca možno u nich zaznamenať posttraumatický rozvoj (19). Ten možno v niektorých prípadoch zaznamenať aj paralelne s určitou traumatogénnou poruchou, prípadne s jej liečbou (14, 20).

Zmeny v začlenení a diagnostickom vymedzení posttraumatickej stresovej poruchy v DSM-5

V novej klasifikácii psychických porúch Americkéj psychiatrickej asociácie Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (1) síce nedošlo oproti DSM-IV-TR (7) k zásadnejším zmenám vo vymedzení posttraumatickej stresovej poruchy (pozri tabuľku 1), ale predsa

len sa dajú zaznamenať určité pozoruhodné posuny vďaka zohľadneniu novších výskumov.

V DSM-5 bola posttraumatická stresová porucha vyňatá z kapitoly úzkostných porúch a začlenená do novej kapitoly Trauma- and Stressor-Related Disorders, teda *s traumou a stresorom súvisiace poruchy*, v ktorej sú aj reaktívne poruchy attachmentu (vzťahovej väzby), akútna stresová porucha a adaptačné poruchy.

Predovšetkým pre terapeutickú prax sa nám pri diagnostike PTSP javí ako užitočné prídavné špecifikovanie, či sa vyskytujú *disociatívne symptómy* (depersonalizácia alebo derealizácia). Tieto prípady si pri psychoterapii vyžadujú dôraz na stabilizáciu a použitie techník, ktoré pridržiavajú pacienta v realite tu a teraz (21, 22, 23). Odpadlo rozlišovanie na akútnu a chronickú posttraumatickú stresovú poruchu. Chronická PTSP sa v minulosti diagnostikovala podľa DSM-IV po 3-mesačnom pretrvávaní.

V DSM-5 sa tiež vypustilo kritérium *emočnej reakcie* pri udalosti (v DSM-IV: intenzívny strach, bezmocnosť alebo zdesenie), pretože nemá prediktívnu hodnotu pre vznik PTSP. Napr. u trénovaných vojakov môžu tieto emócie chýbať, napriek tomu sa PTSP môže rozvinúť. DSM-IV akcentovala útekový aspekt PTSP, zatiaľ čo DSM-5 vzala do úvahy častý výskyt útočného aspektu.

V DSM-5 došlo tiež k precizovaniu okolností zážitku traumatizujúcej udalosti. V kritériu A sa explicitne uvádza aj *sexuálne násilie*. Môžeme predpokladať, že tento krok bol motivovaný empirickými nálezmi svedčiacimi o patogénnej sile tohto typu traumy.

DSM-5 kritériá pre dospelých, mladistvých a deti *nad 6 rokov* sú podrobne uvedené v tabuľke 1. Novinkou v DSM-5 je, ako sme sa už zmienili, vymedzenie kritérií pre PTSP u detí do 6 rokov, vrátane 6. roku. Tieto separátne vypracované kritériá nájdete v tabuľke 2.

Poznámky k terapii

Randomizované kontrolované štúdie liečby PTSP psychoterapiou samotnou alebo samotnou farmakoterapiou, prípadne kombináciou, a ich metanalýzy umožňujú formulovať určité konkrétne odporúčania pre prax (25):

- terapia 1. voľby pri ľahších a pravdepodobne aj stredne ťažkých PTSP je psychoterapia; dobre preskúmaná je na trauma fokusovaná kognitívne-behaviorálna terapia a za rovnocennú možno považovať EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); výhody psychoterapeutickej liečby sú evidentné z dlhodobých sledovaní priebehov;

- pri ťažkých formách, zvlášť pri výrazných úzkostných alebo depresívnych symptómoch, by sa mala psychoterapia od začiatku kombinovať s farmakoterapiou; kombinácia je vhodná aj v prípade chýbajúcej alebo len parciálnej odpovedi na psychoterapiu.

Ak, tak aké psychofarmaká? Pozitívne výsledky boli zistené pri paroxetíne, sertralíne, mirtazapíne a venlafaxíne. Úspešnosť ale nie je taká dobrá ako pri liečbe depresí. Začínať by sa malo nízkymi dávkami, potom najmenej 8 týždňov udržiavacia dávka (skôr vyššia). Pri SSRI sa môžu vyskytovať desivé sny. Dĺžka liečby býva odporúčaná na 1 – 2 roky. Pri vysadení je riziko recidívy. Pri výskyte stavov pripomínajúcich psychózu prídavne risperidón, olanzapín alebo kvetiapín. Prírodzene tiež pri komorbidite PTSP a schizofrenie. Účinnosť pri liečbe PTSP bola preukázaná aj pre topiramát a pri agresii možno skúsiť valproát. Benzodiazepíny sú pri PTSP problematické pre riziko vzniku závislosti a dokonca ich podávanie v štádiu akútnej stresovej poruchy môže pravdepodobne zvýšiť neskorší výskyt PTSP (25).

Nespracovaná trauma alebo PTSP u chorých na schizofreniu je tiež prístupná psychoterapeutickej liečbe, ako to nedávno demonštrovali van den Berg et al. (26) pri použití buď prolongovanej expozície alebo EMDR a porovnali so skupinou čakateľov.

Záver

Znalosť diagnostických kritérií posttraumatickej stresovej poruchy je vzhľadom na pomerne častý výskyt vo všeobecnej populácii a zvlášť v klinickej praxi nepochybne mimoriadne dôležitá pre psychiatrov, psychologov a tiež odborníkov v rôznych iných klinických odboroch. Správne diagnostikovaný pacient potrebuje následnú edukáciu týkajúcu sa aj liečebných možností. Ako najúčinnějšía v kontrolovaných štúdiách stále vychádza špeciálne zameraná psychoterapia (lepšie než farmakoterapia). Randomizované kontrolované štúdie (súhrnne napr. 10) priniesli dôkazy pre efektivitu expozičných postupov (v imagináciách alebo in vivo) v rámci kognitívne behaviorálnej terapie (k metodike napr. 27, 28), tiež pre EMDR (k metodike napr. 29, 30, 14), naratívnu expozičnú terapiu (23), špecificky utvárané psychodynamické (napr. 32) a iné psychodynamicko-suportívne postupy.

Keďže diagnostické kritériá PTSP v DSM-5 nie sú zásadne odlišné od DSM-IV a ICD-10, v klinickej alebo súdnoznaleckej praxi možno pri precizovaní diagnózy naďalej s úžitkom siahnuť k štruktúrovanému interview od Schneider

Tabuľka 1. DSM-5 diagnostické kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu u dospelých, adolescentov a detí starších ako 6 rokov (podľa 24)

<p>A. Vystavenie skutočnej alebo hrozacej smrti, vážnemu zraneniu alebo sexuálnemu násiliu niektorým (alebo viacerými) z nasledovných spôsobov:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Priamy zážitok traumatickej udalosti/udalostí. 2. Je osobne svedkom udalosti/udalostí, ktoré sa stali druhému. 3. Dozvie sa, že traumatická udalosť (-ti) sa stala /i blízkeho členovi rodiny alebo blízkeho priateľovi. V prípade skutočnej alebo hrozacej smrti člena rodiny alebo priateľa, musí byť udalosť (-ti) násilná alebo náhodná (accidental). 4. Prežívanie opakovaných alebo extrémnych expozícií detailov nešťastia traumatickej udalosti (-ti) (napr. prví záchranári zbierajúci ľudské ostatky; policajť opakovane vystavovaný detailom o týraní dieťaťa). <p>Poznámka: Kritérium A4 sa nepoužíva pri vystavení prostredníctvom elektronických médií, televízie, filmov alebo obrazov, iba ak by tieto expozície súviseli s prácou.</p>
<p>B. Prítomnosť jedného (alebo viacerých) vnucujúcich sa symptómov súvisiacich s traumatickou udalosťou (-ťami), ktoré sa objavili po traumatickej udalosti (-tiach):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opakujúce sa, mimovoľné a nástojčivé, znepokojujúce (distressing) spomienky na traumatickú udalosť (-ti). <p>Poznámka: u detí starších ako 6 rokov sa môže objavovať opakujúca sa hra, v ktorej prežívajú témy alebo aspekty traumatickej udalosti (-ti).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Opakujúce sa desivé sny, ktorých obsah a/alebo afekt sna súvisí s traumatickou udalosťou (-ťami). <p>Poznámka: u detí môžu byť desivé sny bez rozpoznatelného obsahu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Disociatívne reakcie (napr. záblesky spomienok – flashbacks), pri ktorých sa individuuum cíti alebo koná, akoby sa vrátila traumatickú udalosť (-ti). (Takéto reakcie sa môžu objavovať na kontinuu, pri extrémnom vyjadrení so stratou uvedomovania si okolia v prítomnosti.) <p>Poznámka: u detí sa môže opakovane objavovať pre traumou špecifické stvárňovanie v hre.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Intenzívne alebo predĺžené psychologické rozrušenie pri vnútorných alebo externých podnetoch, ktoré symbolizujú alebo sa podobajú na nejaký aspekt traumatickej udalosti (-ti). 5. Zreteľné fyziologické reakcie na vnútorné alebo vonkajšie podnety, ktoré symbolizujú alebo pripomínajú nejaký aspekt traumatickej udalosti (-ti).
<p>C. Pretrvávajúce vyhýbanie sa podnetom, ktoré pripomínajú traumatickú udalosť (-ti), ktoré začalo po traumatickej udalosti (-tiach) zaznamenaných jedným alebo oboma spôsobmi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vyhýbanie sa alebo snaha vyhnúť sa znepokojujúcim spomienkam, myšlienkam alebo pocitom týkajúcich sa alebo pripomínajúcich traumatickú udalosť (-ti). 2. Vyhýbanie sa alebo snaha vyhnúť sa vonkajším pripomínajúcim podnetom (ľudia, miesta, rozhovory, aktivity, predmety, situácie), ktoré vyvolávajú znepokojivé spomienky, myšlienky alebo pocity súvisiace priamo alebo pripomínajúce traumatickú udalosť (-ti).
<p>D. Negatívne narušenie kognícií a nálady spojené s traumatickou udalosťou (-ťami), ktoré začali alebo sa zhoršili po traumatickej udalosti (-tiach) a zistili sa dve (alebo viaceré) z nasledovných:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neschopnosť rozpomenúť sa na dôležitý aspekt traumatickej udalosti (-ti) (typicky spôsobené disociatívnou amnéziou a nie inými faktormi ako je poranenie hlavy, alkohol alebo drogy). 2. Pretrvávajúce a prehnané negatívne presvedčenie alebo očakávanie týkajúce sa seba, druhých alebo sveta (napr. „Som zlý“, „Nikomuto nemožno dôverovať“, „Svet je totálne nebezpečný“, „Môj nervový systém je navždy zničený“). 3. Pretrvávajúce deformované kognície o príčine alebo dôsledkoch traumatickej udalosti (-ti), ktoré vedú jedinca k obviňovaniu seba alebo druhých. 4. Pretrvávajúce negatívne emočné stavy (napr. strach, des, zlosť, vina alebo hanba). 5. Zreteľne znížený záujem alebo účasť na dôležitých aktivitách. 6. Pocity odpojenosti alebo odcudzenia od druhých. 7. Pretrvávajúca neschopnosť prežívať pozitívne emócie (napr. neschopnosť prežívať šťastie, uspokojenie alebo city lásky).
<p>E. Zreteľné narušenie v nabenudí a reaktivite asociačne spojené s traumatickou udalosťou (-ami), ktoré začalo alebo sa zhoršilo po traumatickej udalosti (-tiach), dokázané v dvoch (alebo viacerých) prípadoch z nasledovných:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podráždenosť v správaní a výbuchy zlosti (s malým alebo žiadnym vyprovokovaním) typicky vyjadrené ako verbálne alebo fyzické agresie voči ľuďom alebo predmetom. 2. Nebezpečné alebo sebadeštruktívne správanie. 3. Hypervigilancia. 4. Zvýšené úzkostné reakcie. 5. Problémy s koncentráciou. 6. Poruchy spánku (napr. problémy so zaspávaním, kontinuitnou spánku alebo nepokojný spánok).
<p>F. Trvanie poruchy (kritériá B, C, D, E) dlhšie než 1 mesiac.</p>
<p>G. Porucha spôsobuje klinicky významné utrpenie (distress) alebo narušenie v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti fungovania.</p>
<p>H. Porucha sa nedá pripísať fyziologickým efektom látok (napr. medikácii, alkoholu) alebo inému somatickému stavu.</p>

Špecifikuj, či:

S disociatívnymi symptómami: symptómy jedinca spĺňajú kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu a k tomu prídavne pri reakcii na stresor prežíva pretrvávajúco alebo opakovane niektorý z nasledovných symptómov:

1. Depersonalizácia: pretrvávajúce alebo opakované prežívanie pocitov odpojenosti, alebo akoby bol človek vonkajší pozorovateľ mentálnych procesov alebo tela (napr. pocit, že je to sen; pocit a dojem nereálnosti seba a tela, alebo že čas plynie pomaly).
2. Derealizácia: pretrvávajúce alebo opakované zážitky neskutočného okolia (napr. svet okolo seba prežíva jedinec ako neskutočný, ako vo sne, vzdialený alebo deformovaný).

Poznámka: aby sme mohli použiť tento subtyp, disociatívne symptómy nesmú byť pripísateľné fyziologickým účinkom látok (napr. mráкотným stavom, správaniu počas intoxikácie alkoholom) alebo iným somatogénnym stavom (napr. komplexným parciálnym epileptickým záchvatom).

Špecifikuj, či:

S odloženým začiatkom: ak plné diagnostické kritériá neboli splnené najneskôr 6 mesiacov od udalosti (i keď nástup a prejavy niektorých symptómov mohli byť).

Zdroj: American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5™. Arlington: APA; 2013 (24)

Tabuľka 2. DSM-5 diagnostické kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu u 6-ročných detí a mladších (24)**A. U 6-ročných a mladších detí vystavenie skutočnej alebo hroziacej smrti, vážnemu poraneniu alebo sexuálnemu násiliu jedným (alebo viacerými) z nasledovných spôsobov:**

1. Priame prežívanie traumatickej udalosti/udalostí.
2. Osobne je svedkom udalosti/udalostí ako sa dejú druhým, špeciálne primárnym opatrovateľom.
Poznámka: byť svedkom sa netýka udalostí, ktoré boli len v elektronických médiách, televízii, filmoch, obrazoch.
3. Dozvedelo sa, že traumatická udalosť (-ti) sa stala rodičovi alebo opatrojúcej osobe.

B. Prítomnosť jedného (alebo viacerých) z nasledovných vnucujúcich sa symptómov (intrusion symptoms) súvisiacich s traumatickou udalosťou (-ťami), ktoré začali po traumatickej udalosti (-tiach)

1. Opakujúce sa, nechcené a nájostlivé rozrušujúce spomienky na traumatickú udalosť (-ti).
Poznámka: spontánne a vnucujúce sa spomienky nemusia nutne rozrušovať a môžu byť vyjadrené stvárňovaním v hre.
2. Opakujúce sa rozrušujúce sny, v ktorých obsah a/alebo afekt sna súvisí s traumatickou udalosťou (-ami).
Poznámka: nemusí sa dať s istotou zistiť, že hrozivý obsah súvisí s traumatickou udalosťou.
3. Disociatívne reakcie (napr. záblesky spomienok – flash-backs), v ktorých dieťa cíti alebo koná akoby sa zopakovala traumatická udalosť (-ti). (Takéto reakcie sa môžu objavovať na kontinuu, v extrémnom vyjadrení so stratou uvedomovania si prítomného okolia.) Takéto pre traumou špecifické znovustváranie (reenactment) sa môže objavovať v hre.
4. Intenzívne alebo predĺžené psychologické rozrušenie pri vystavení vnútorným alebo vonkajším podnetom, ktoré symbolizujú alebo upomínajú na nejaký aspekt traumatickej udalosti (-ti).
5. Zreteľné fyziologické reakcie pri spomienkach na traumatickú udalosť (-ti).

C. Musí byť prítomný jeden (alebo viaceré) z nasledovných symptómov znamenajúcich buď pretrvávajúce vyhýbanie sa podnetom súvisiacim s traumatickou udalosťou (-ťami) alebo negatívne narušenie kognícií a nálady v súvislosti s traumatickou udalosťou (-ťami), začiatok alebo zhoršenie po traumatickej udalosti (-tiach):**Pretrvávajúce vyhýbanie sa podnetom**

1. Vyhýbanie sa alebo snaha vyhnúť sa aktivitám, miestam alebo predmetným upomienkam, ktoré by vyvolali spomienky na traumatickú udalosť (-ti).
2. Vyhýbanie sa alebo snaha vyhnúť sa ľuďom, rozhovorom alebo interpersonálnym situáciám, ktoré vyvolávajú spomienky na traumatickú udalosť (-ti).

Negatívne narušenie kognícií

3. Podstatný nárast výskytu negatívnych emočných stavov (napr. strach, vina, smútok, hanba, zmätok).
4. Zreteľne znížený záujem alebo účasť na významných aktivitách, vrátane obmedzenia hry.
5. Sociálne utiahnutie sa.
6. Pretrvávajúce zníženie prejavovania pozitívnych emócií.

D. Poruchy v nábudení a reaktivite spojené s traumatickou udalosťou (-ťami), ktoré sa začali alebo zhoršili po traumatickej udalosti (-tiach), zaznamenané dve (alebo viaceré) z nasledovných:

1. Podráždenosť a výbuchy zlosti (s malou alebo žiadnou provokáciou) typicky prejavované ako verbálne alebo fyzické agresie voči ľuďom alebo veciam (vrátane extrémne dráždivej „napajedenosti“).
2. Hypervigilancia.
3. Zvýšené úzkostné reakcie.
4. Problémy s koncentráciou.
5. Poruchy spánku (napr. ťažkosti so zaspávaním, kontinuitou spánku alebo nepokojný spánok).

E. Trvanie poruchy je dlhšie než jeden mesiac.**F. Porucha spôsobuje klinicky významné utrpenie alebo narušenie vo vzťahoch s rodičmi, súrodencami, vrstovníkmi alebo inými opatrovateľmi alebo narúša správanie v škole.****G. Porucha sa nedá priradiť k fyziologickým účinkom látok (napr. medikamentom alebo alkoholu) alebo k iným somatickým stavom.**

Špecifikuj, či:

S disociatívnymi symptómami: symptómy jedinca spĺňajú kritériá pre posttraumatickú stresovú poruchu a jedinec prežíva pretrvávajúce alebo opakujúce sa symptómy, niektoré z nasledovných:

1. Depersonalizácia: pretrvávajúce alebo opakujúce sa prežívanie pocitu odpojenosti, a/alebo akoby bolo pozorovateľom zvonka, či už psychických procesov alebo tela (napr. pocit akoby bolo vo sne; pocit nereálnosti vlastného ja alebo tela, alebo že čas plynie pomaly).
2. Derealizácia: pretrvávajúce alebo opakované zážitky nereálnosti okolia (napr. svet okolo jedinca je prežívaný ako neskutočný, snový, vzdialený alebo deformovaný).

Poznámka: použiť tento podtyp možno, ak nie sú disociatívne symptómy priraditeľné k fyziologickým účinkom látok (napr. „okná“) alebo iným somatickým stavom (napr. komplexným parciálnym epileptickým záchvatom).

Špecifikuj, či:

S odloženou manifestáciou: ak plné diagnostické kritériá neboli splnené 6 mesiacov od udalosti (-ti) (aj keď nástup a prejavy niektorých symptómov mohli byť).

Zdroj: American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5™. Arlington: APA; 2013 (24)

a Margraf z r. 2011 (33), ide o nástroj, ktorý umožňuje precízne identifikovať PTSP v zhode s DSM-IV a ICD-10 (14), pričom by sme si mali byť vedomí, že DSM-5 už nevyžaduje prežívanie emócií v čase traumy a osobnú prítomnosť pri traume blízkeho človeka.

Literatúra

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition, DSM-5™. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Dragašek J. Schizofrénia a ostatné psychotické poruchy v DSM-5. *Psychiatr. prax.* 2014;15(3): 96–98.
- Forgáčová L. Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5. *Psychiatr. prax.* 2014;15(4):140–142.
- Forgáčová L. Novinky v klasifikácii DSM-5. *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika.* 2015;22(1):14–19.
- Minárik P. DSM-5 je tu! *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika.* 2014;21(1):6–8.
- Pečeňák J. DSM-5 – nové vydanie klasifikácie psychických porúch Americkej psychiatrickej spoločnosti. *Psychiatr. prax.* 2014;15(1):7–8.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR. Arlington: American Psychiatric Association, 2000.
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 1991.
- Smolík P. *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika.* 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf/Jessenius; 2002.
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Woller W. *Posttraumatische Belastungsstörung.* Stuttgart: Schattauer; 2013.
- Hašto J, Švančarová O, Suško J, Gyén D. Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov. *Psychiatr. prax.* 2011;12(4):161–164.
- Ungerer O, Deter HC, Fikentscher E, Konzak TA. Verbesserung Diagnostik von Traumafolgestörung durch den Einsatz der Life-Stressor Checklist. *Psychoter Psych Med.* 2010;60:434–441.
- Felitti VJ, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine.* 1998;14:245–258.
- Hašto J, Vojtová H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty. EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia.* 2. doplnené vydanie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2012.
- Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10:867–876.
- Bleuler M. *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken und Familiengeschichten.* Stuttgart; Thieme; 1972.
- Hašto J, Haštová M. Psychotraumatizácia v genéze schizofrénie a schizofrénna psychóza ako psychotrauma. *Psychiatria* 1999;6(4):211–213.
- Schafer I, Eiroa-Orosa FJ, Schroeder K, Harfst T, Aderhold V. Posttraumatische Störungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Nervenarzt.* 2015;86:818–825.
- Mareš J. *Posttraumatický rozvoj človeka.* Praha: Grada; 2012.
- Hašto J, Vojtová H. Posttraumatická stresová porucha. *Psychiatr. prax;* 2014;15(1):22–25.
- Vojtová H, Hašto J. Stabilizačné techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatickej stresovej poruchy. *Psychiatr. pro Praxi.* 2005;4:198–200.
- Ševčíková A. Stabilizačné techniky a ich využitie v psychoterapii. *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika.* 2007;14(4):199–204.
- Woller W. Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen. *Psychotherapeutische Interventionen. Nervenarzt.* 2006;77:327–332.
- American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5™. Washington: APA; 2013.
- Benkert O, Hippus H. *Kompandium der Psychiatrischen Pharmakotherapie.* 10. Auflage. Berlin; Heidelberg: Springer, 2015.
- Van den Berg DP, Bont PA de, Vleugel BM van der et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015;72:259–267.
- Praško J, Novák T. KBT posttraumatické stresové poruchy. In: Praško J, Možný P, Šlepecký M a kol. *Kognitívne behaviorálne trápne psychických poruch.* Praha: Triton; 2007:646–699.
- Ehlers A. *Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe; 1999.
- Ralaus D. Spracovanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov, EMDR. *Psychiatria.* 2006;13(3–4):167–176.
- Hofmann A. *EMDR Terapie psychotraumatických stresových syndrómov.* Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Naratívna expozičná terapia (NET). Krátkodobá terapia pre traumatické stresové poruchy.* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana; 2014.
- Horovitz M. *Liečba syndrómov podmienených stresom.* Trenčín: Vydavateľstvo F; 2004.
- Schneider S, Margraf J. *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.* 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Heidelberg; Springer; 2011.

Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Pro mente sana
Heydukova 27, 811 08 Bratislava
j.hasto.tn@gmail.com